N° ~~12.~~

11.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Donner les lois du mouvement uniforme et du mouvement uniformément accéléré, en prenant pour exemple la chute des corps.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Quel est le mode de connexion du placenta avec l'utérus? Des sinus utérins.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Quels sont les symptômes, la marche et le traitement de la hernie ombilicale chez l'adulte? Quel est le bandage qu'il importe d'employer, et comment faut-il l'appliquer?

SCIENCES MÉDICALES.

Décrire les symptômes et la marche de l'érysipèle ambulant.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 21 FÉVRIER 1842;

PAR

FREY (ADAM),

DE FRANCFORT-SUR-MEIN;

Docteur en médecine de la Faculté de Giesen (Allemagne); Chirurgien Aide-Major breveté au 1er régiment de Chasseurs d'Afrique, Chevalier de la Légion d'Honneur;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER,

VEUVE RICARD, NÉE GRAND, IMPRIMEUR, PLACE D'ENCIVADE.

1842.

A MON FRÈRE,

QUI FUT UN PÈRE POUR MOI DANS MA JEUNESSE.

Reconnaissance sans bornes, amour éternel!

A MA BELLE-SOEUR.

Respect, amour et fraternité.

A MA FEMME.

Attachement et dévouement sincères.

A. FREY.

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22392026

SCIENCES CHIRURGICALES.

—

Quels sont les symptômes, la marche et le traitement de la hernie ombilicale chez l'adulte ? Quel est le bandage qu'il importe d'employer, et comment faut-il l'appliquer ?

Il nous semblait d'abord que les questions adressées aux élèves d'une Faculté devaient renfermer quelques points obscurs, quelque discussion intéressante à soulever : celle que nous allons entreprendre nous paraît complètement dépourvue de ces conditions importantes. Qu'y a-t-il, en effet, d'inconnu dans l'histoire de la hernie ombilicale ? Les causes, les symptômes, la marche, le traitement, ne sont-ils pas bien appréciés ? Ignore-t-on le bandage convenable et la manière de l'appliquer ? En considérant de pareilles questions, on est bien forcé de convenir, avec le professeur Bouisson (Journ. Soc. méd. prat., Février 1842), qu'elles n'ont aucune portée, qu'elles ont été tracées par des plumes novices ; enfin, que leur exposé doit être nécessaire au commentaire de quelque article de nos livres dogmatiques.

Obligé cependant de traiter cette question imposée par le sort, nous nous efforcerons de le faire en insistant surtout sur les points pratiques qu'elle renferme ; nous traiterons d'abord des causes de la hernie ombilicale, et successivement de ses symptômes, des accidents dont elle peut

être suivie; enfin, du traitement qui lui convient en différentes circonstances. Nous sommes assez heureux pour avoir observé quelques cas de cette maladie, ce qui nous permettra d'être moins crédule sur les assertions émises par plusieurs écrivains, touchant son histoire. Notre intention était de nous occuper des affections intermittentes et périodiques que nous avons eues à traiter en grand nombre pendant notre long séjour en Afrique; mais notre départ précipité, et les exigences de notre service, ne nous permettent pas de nous livrer aujourd'hui à ce travail.

§ Ier. CAUSES ET MARCHE DE LA HERNIE OMBILICALE.

Dans son *traité des maladies réputées chirurgicales*, Delpech fait d'abord remarquer que, sous le nom de hernie ombilicale, on a confondu plusieurs espèces différentes qui ne s'opéraient point par l'anneau ombilical. « Cette distinction, dit-il (ouv. cité, tom. II, p. 532), n'est pourtant pas indifférente; car le sac herniaire est tout autrement disposé dans les deux cas, et sa structure est telle, dans les hernies ombilicales proprement dites, qu'il peut en résulter des difficultés et des dangers que l'on ne rencontre pas dans toute autre. » Il paraît même que, jusqu'en ces derniers temps, cette confusion des diverses espèces de hernies formées autour de la cicatrice omphalique était faite par les auteurs les plus recommandables, puisque nous la voyons consignée dans la nosologie méthodique de l'illustre Sauvages (tome II, page 121).

Des praticiens célèbres ont même mis en doute la possibilité de la hernie à travers la cicatrice ombilicale : Richter, entre autres, se basait sur la résistance de cette partie, pour montrer que les viscères devaient se placer tout autour d'elle plutôt qu'à travers son propre tissu. Mais A. Cooper a montré, non-seulement par le raisonnement, mais surtout par l'observation, que, non-seulement l'exomphale avait lieu assez souvent, mais encore que la cicatrice ombilicale offrait peu d'obstacle à la sortie des organes abdominaux. Nous avons eu occasion d'examiner le cadavre d'une femme, âgée d'environ 60 ans, et nous avons reconnu, par une dissection attentive, l'existence d'une hernie omphalique à travers le tissu même

de la cicatrice; une portion intestinale passait si bien dans l'inodule, que l'on apercevait le péritoine recouvert de quelques filaments fibreux, et resserré par l'anneau conservant une forme parfaitement arrondie. Du reste, la tumeur était peu volumineuse; ses enveloppes étaient fort minces, presque transparentes, les adhérences nulles, et les conduits fibreux du cordon se perdaient dans la cicatrice même.

Tout en reconnaissant que le véritable exomphale s'opère constamment par l'anneau ombilical, nous devons distinguer trois espèces de hernies de ce genre, s uivant qu'elle est congéniale, survenue peu de temps après la naissance ou chez l'adulte : de là, les hernies *congéniales*, des *enfants* et des *adultes*. Quoique cette dernière soit spécialement l'objet de notre question, nous croyons devoir ne pas passer sous silence les deux autres espèces. On a dit récemment que la hernie des adultes différait de celle des enfants, en ce que, dans celle-ci, la peau manque, et que les enveloppes en sont formées par les membranes du cordon ombilical. « Dans ces aperçus anatomiques, dirons-nous avec un de nos condisciples, le Dr Guillier (thèse, Montp., 1841), y a-t-il quelque chose à redire? Les recherches de M. Flourens, consignées dans les *Annales du Muséum d'histoire naturelle*, celles de Dutrochet, figurées dans son travail sur les *enveloppes du fœtus*, montrent que la peau de l'abdomen est une véritable continuation de la membrane amniotique. Est-il donc irrationnel de voir, dans l'enveloppe extérieure de l'omphalocèle congéniale, une partie de la peau modifiée? »

La hernie *congéniale* se présente souvent sous la forme d'une tumeur peu considérable, à surface trilobée, à cause de la présence des trois conduits du cordon ombilical poussés au-devant de l'anse intestinale. Cette saillie trifide se remarque moins facilement dans la hernie des adultes, en ce que les vaisseaux fibreux se perdent et s'effacent en quelque sorte dans la cicatrice omphalique, et que, selon la remarque de l'illustre Delpech, les intervalles sont remplis par des flocons graisseux. Il n'est pas rare de voir l'exomphale dont nous parlons offrir des dimensions fort étendues : alors ce n'est plus par l'anneau qu'elle a lieu, mais entre l'écartement des muscles sterno-pubiens, et plus souvent en soulevant les parois complètes de l'abdomen, dont la structure est sin-

gulièrement retardée, puisqu'elles sont seulement constituées par une simple enveloppe fort mince.

Cette dernière espèce d'exomphale nous semble exiger une étude particulière ; il nous paraît même ne pas mériter le nom de hernie, car l'on désigne sous ce nom le déplacement d'un viscère hors de la cavité qui le contient par une ouverture déjà formée. Or, ici les organes abdominaux n'ont jamais été renfermés dans le ventre, dont les parois n'ont pas encore acquis toute leur conformation ; les viscères ne se sont pas déplacés ou transportés loin du lieu qui les contenait d'abord, puisqu'ils n'ont pas occupé d'autre place que celle qu'ils offrent au moment de la naissance. La maladie ne consiste donc pas, selon nous, dans une *hernie ou déplacement* des organes abdominaux, mais dans une mal-formation des parois molles de cette cavité splanchnique. Nous croyons même que Delpech avait cette opinion, car il ne parle nullement de cette sorte d'éventration.

La cause de cette dernière espèce d'exomphale serait fort simple, d'après James y Simson et Scarpa ; car, jusqu'au troisième mois de la vie intra-utérine, l'embryon ayant les intestins hors du ventre et compris dans la base du cordon ombilical et entre les enveloppes de l'œuf, il suffit des quelques adhérences provoquées par une péritonite ou autrement, pour que des portions du tube digestif soient retenues au dehors, et pour empêcher l'achèvement des parois abdominales. Du reste, cette explication ingénieuse, qui concorde si bien avec les observations d'Albinus, appartient à l'auteur de la *philosophie anatomique*, qui s'en était servi pour rendre compte de toutes les mal-formations. « Les monstruosités, dit, en effet, M. G. St-Hilaire (ouv. cité, tom. II, p. 268 et 488), sont dues à des brides ou adhérences entre certaines parties du fœtus et le placenta ou le cordon ombilical, vers lequel cette partie est attirée. » Le célèbre Scarpa avait pleinement adopté cette opinion pour la hernie dont il s'agit.

Quoi qu'il en soit de cette étiologie qui peut convenir aux hernies de volume très-différent, l'exomphale est une maladie d'autant plus grave, que la tumeur est elle-même plus considérable, et que les parois abdominales sont moins bien formées. Ainsi, quand il existe une véritable

éventration, il est rare que l'enfant ne meure pas en peu de temps, et ce n'est que lorsque la hernie est peu volumineuse que l'on peut concevoir de justes espérances de le conserver. En ce dernier cas, le jeune malade n'éprouve pas de trouble dans sa santé, et si la hernie ne s'étrangle pas, elle ne cause pas de grands désordres. L'exomphale d'un petit volume serait, en effet, une simple incommodité, si elle ne donnait lieu parfois à des méprises graves dont la mort des jeunes sujets peut être la conséquence.

Les annales de la science renferment des faits malheureux, où l'on voit la ligature du cordon ombilical comprendre une portion intestinale engagée entre les divers éléments de la tige omphalique. On sent facilement les accidents inévitables d'une semblable erreur de diagnostic : la gangrène de l'intestin, une péritonite sur-aiguë et la mort des jeunes malades se succèdent en peu de temps. Suivant A. Paré, on a pris une hernie omphalique pour un abcès : l'ouverture de la tumeur a été suivie de la fin rapide de l'enfant. Néanmoins, on comprend aisément qu'avec un peu d'attention on peut éviter de pareilles méprises, surtout quand on sait que les enveloppes de l'exomphale sont souvent si herniées, qu'elles permettent de voir et de distinguer les organes herniés.

On est souvent porté à penser que la hernie est congéniale, alors qu'elle a paru seulement quelques mois après la naissance. Mais ; le plus souvent, selon Desault (œuvres chirurg. tom. II, pag. 317), ce n'est qu'au second, troisième ou quatrième mois qu'on la voit paraître; et la foule d'observations recueillies par Desault, ajoute Bichat, prouve que, sur dix individus attaqués de cette maladie, neuf en sont affectés à cette époque. On conçoit aisément comment la hernie est plus facile à cette époque de la vie, en considérant la faiblesse de la cicatrice ombilicale pendant les deux ou trois premiers mois de l'enfance. L'anneau fibreux qui constitue l'ouverture omphalique est complètement revenu sur la réunion centrale des vaisseaux du cordon trois mois seulement après la naissance, et, pendant tout ce temps, le péritoine forme presque la seule membrane qui s'oppose à la sortie des viscères abdominaux. Ajoutez à cette disposition anatomique, que,

chez certains enfants, et par une prédisposition en quelque sorte héréditaire, d'après l'observation d'A. Cooper, la cicatrice ombilicale reste toujours très-faible; de sorte que ces individus sont très-exposés aux hernies, dès qu'ils sont atteints par la plus légère circonstance occasionnelle.

Au milieu de ces conditions favorables à la formation d'une exomphale, le jeune enfant pousse souvent des cris; son ventre est distendu par des gaz ou par des lésions des viscères de l'abdomen : ce sont là des causes bien capables de donner lieu à des hernies par l'ombilic. Mais, malgré ces cris répétés et violents, et quelle que soit la rapidité avec laquelle l'exomphale se forme, le péritoine est toujours chassé au-devant des viscères déplacés, et ne se trouve nullement rompu. « Dionis prétend qu'il ne peut y avoir de hernies ombilicales, à moins d'une rupture ; mais il a tort, dit Sauvages (Nosol. méth., tom. II, pag. 121), car il conste, par ses observations, qu'elle a lieu lorsque l'intestin ou l'épiploon, ou l'un et l'autre ensemble, tombent dans le péritoine. »

A cette première époque de la vie, la hernie se fait par l'ouverture ombilicale, et non point sur les côtés de l'anneau fibreux ; de sorte que les exomphales qui se forment alors sont de véritables hernies de l'ombilic, et non point des éventrations congéniales, ni des hernies de la ligne blanche, comme on l'observe si fréquemment chez l'adulte. Sœmmering prétend même que le déplacement a toujours lieu dans le segment supérieur de l'anneau, au-dessus de la veine ombilicale. Les viscères qui constituent ordinairement la hernie des enfants ne sont pas en nombre : si la masse presque entière des viscères abdominaux peut entrer dans la tumeur congéniale, chez l'enfant, le colon transverse et quelquefois l'épiploon s'y rencontrent le plus souvent. Cependant un ancien et illustre docteur de cette École, le professeur Cabrol, a fait connaître un cas fort curieux où la hernie était composée par le prolongement de la vessie restée complètement perméable, et suppléant au canal de l'urètre imperforé.

L'exomphale des *adultes* est beaucoup moins fréquente que celle des âges précédents, à cause de la résistance de la cicatrice ombilicale et de

la ligne blanche, et de la plus grande facilité qu'ont les viscères à s'échapper par les anneaux de l'aine. Cependant ces hernies s'observent, soit qu'elles se soient opérées à travers l'anneau fibreux ou dans ses environs; et quoique l'on ne puisse nier que la cicatrice ombilicale puisse en être le siége, néanmoins, le plus souvent, une éraillure de la ligne sterno-pubienne y donne lieu. La plupart des causes prédisposantes contribuent autant à distendre la ligne fibreuse que la cicatrice omphalique: ainsi l'hydropisie ascite, la grossesse, la tympanite, enfin toute lésion qui augmente l'étendue des parois abdominales, favorisent ou même déterminent l'apparition de l'exomphale. Il n'est pas rare de voir, surtout chez les femmes enceintes, les muscles droits écartés l'un de l'autre de plusieurs centimètres, de manière à laisser entre eux une large place où le péritoine seul et les téguments s'opposent à la sortie des organes splanchniques. Lorsqu'une pareille disposition existe, on conçoit combien la hernie a de la facilité à se développer à la moindre circonstance provocatrice.

Le volume de l'exomphale des adultes varie beaucoup : si elle a lieu après une ascite de longue durée et considérable, après une grossesse, la tumeur herniaire peut offrir les dimensions les plus étendues. Nous avons pu observer plusieurs cas où l'exomphale avait un volume énorme: alors, il est vrai, l'anneau ombilical ne suffit pas au passage de cette masse viscérale; mais les muscles sterno-pubiens laissent entre eux un intervalle elliptique qui permet la sortie d'une grande portion du tube digestif. Mais fréquemment la hernie ombilicale présente, chez l'adulte, le volume d'une noix; et nous avons eu sous les yeux plusieurs sujets chez lesquels elle avait des dimensions moins fortes.

Chez l'adulte, comme à toutes les autres époques de la vie, l'exomphale peut renfermer une partie quelconque des organes abdominaux; cependant on y trouve ordinairement une portion du cordon transverse et du grand épiploon. Nous avons eu occasion d'examiner le cadavre de plusieurs sujets dont les uns avaient des hernies ombilicales formées par le colon, d'autres par l'épiploon seul; mais nous y avons rencontré fort peu d'adhérences, quoique les individus eussent dépassé cinquante ans, et que leur maladie fût ancienne. Dans tous ces cas, où la hernie avait

lieu à travers l'anneau ombilical, nous avons rencontré, dans le sommet de la tumeur, de simples traces des cordons fibreux de la tige omphalo-placentaire. Ajoutons toutefois que la présence simultanée de l'intestin et de l'épiploon constitue les cas les plus fréquents.

Les conséquences de l'exomphale des adultes ne sont pas plus graves que pour celle des enfants : on voit des individus conserver pendant de longues années une pareille hernie, qui est pour eux une simple incommodité, plutôt qu'une véritable maladie; la plupart aussi ne portent aucun soin à cette tumeur, et en ignorent presque l'existence, croyant normale une disposition qu'ils portent depuis la naissance. Néanmoins, l'on a observé quelques accidents sérieux chez l'adulte, et, entre autres, l'étranglement. Ce n'est pas toutefois l'anneau ombilical qui forme la cause de l'étranglement, du moins pour l'ordinaire; mais les cordons fibreux de la tige omphalo-placentaire ou l'épiploon lui-même. Suivant l'observation d'Arnaud (mém. chirurg., tom. II, p. 586), l'intestin colon ou le petit intestin sont étranglés par l'épiploon perforé. On conçoit toutefois que, si la tumeur herniaire vient à augmenter brusquement par suite d'un violent effort, d'un cri ou de toute autre cause, la disproportion des viscères avec l'anneau ombilical peut entraîner un resserrement excessif et tous les phénomènes morbides qui suivent tout étranglement herniaire.

§ II. TRAITEMENT DE LA HERNIE OMBILICALE.

La hernie ombilicale est plus ou moins facile à guérir, suivant son volume, son ancienneté, et suivant l'âge du sujet. S'agit-il d'une exomphale congéniale et considérable? nous avons déjà dit combien elle était grave, ou même combien peu d'enfants pouvaient vivre avec elle. Si, au contraire, la hernie est très-petite, si elle a lieu chez l'enfant, la guérison présente beaucoup de chances de succès. La tendance incessante de la cicatrice vers le resserrement, l'élasticité naturelle des parties, la formation successive d'un noyau inodulaire, la petitesse de l'ouverture, tout concourt à rendre aisée l'occlusion de l'anneau omphalique, sans presque aucun soin de la part du médecin. Aussi a-t-on rapporté plusieurs

cas de guérison spontanée de l'exomphale des enfants, et Bichat en a consigné deux exemples dans les *œuvres chirurgicales* de Desault.

Mais à une époque plus avancée de la vie, la cure radicale, par les seuls efforts de la nature, ne saurait être raisonnablement espérée. « Il est facile, dit Desault (œuvres citées, tome II, p. 319), de saisir les différences qui distinguent essentiellement la nature des hernies ombilicales des enfants de celles des adultes, différences principalement tirées de la tendance qu'a l'anneau à se resserrer. De là, dans le premier âge, la facilité de la guérison radicale; dans les adultes, la presque impossibilité de la guérison. Chez les uns, il suffit d'empêcher la présence des intestins dans l'ouverture, qui elle-même s'efface; chez les autres, toujours elle subsiste, qu'elle soit ou non traversée par des viscères. »

La *compression* a été employée dans tous les temps et à toutes les époques de la vie des malades, afin d'obtenir la cure de l'exomphale; mais, en général, elle n'a procuré des succès incontestés que chez les sujets jeunes, et qui l'ont prolongée pendant plusieurs mois. Depuis Platner, qui se servait, dans ce but, d'une boule de cire, Richter, qui employait la moitié d'une noix muscade enveloppée d'une compresse et maintenue par un bandage léger, jusqu'à Sœmmering, qui appliquait un morceau de liége, et A. Cooper, qui préférait une demi-sphère d'ivoire, la compression a été mise en usage par tous les procédés imaginables. Nous ne passerons pas en ce moment en revue les divers bandages employés à cette fin; nous y reviendrons plus loin. Disons seulement que les corps demi-orbes placés sur l'anneau ombilical ne nous paraissent pas très-propres à laisser la cicatrice ombilicale revenir sur elle-même, et que la compression exercée concentriquement par une ceinture nous semblerait même remplir le but proposé. Néanmoins, les moyens déjà indiqués ont prouvé de nombreux succès, puisque Richter « a vu beaucoup d'enfants attaqués d'exomphale, et ne s'en rappelle pas un qui n'ait été guéri par l'usage des bandages. »

Une autre méthode a été plus anciennement préconisée pour la guérison de la hernie ombilicale : je ne sais si, en lisant les auteurs antérieurs à Celse, l'on n'y trouverait pas la ligature décrite ou mentionnée ; quoi qu'il en soit, l'Hippocrate latin paraît être le premier chez lequel on en rencontre l'exposé. A cette époque éloignée, deux

procédés étaient généralement connus : tantôt on étreignait le sac et les enveloppes de la tumeur au moyen de deux plaques fortement serrées ; d'autres fois on étranglait et l'on liait la base de ces mêmes enveloppes à la faveur d'un fil, avec ou sans aiguilles. Une semblable opération avait pour résultat la mortification des parties étreintes, la chute des escarres, la suppuration de la plaie, la formation d'un tissu inodulaire dont la rétraction progressive amenait l'occlusion de l'ouverture herniaire.

Il faut bien cependant que ce résultat ne fût point constant ou dépourvu de certains dangers, puisque la ligature a subi le sort de la plupart des opérations fort incertaines. Tour à tour vantée et rejetée, suivant les époques et les hommes, cette méthode a été, en effet, renouvelée presque de nos jours, et abandonnée tout aussi promptement. On lui a reproché d'abord plusieurs inconvénients graves : selon Scarpa, elle donnerait lieu à une fièvre d'irritation, et même à des convulsions fréquentes ; Palletta l'accuse d'avoir souvent produit l'inflammation du péritoine, de la veine ombilicale surtout, et les derniers accidents connus de la phlébite. Enfin, on lui refuse l'avantage de procurer des succès solides. « Outre les dangers attachés à cette opération, dit le professeur Delpech (mal. rép. chirurg., tome II, p. 357), par son inutilité évidente, on ne s'est pas aperçu que la compression à laquelle on a recours dans la suite, et que l'on a recommandée comme pour soutenir seulement la cicatrice, suffit pour rendre raison des succès que l'on a obtenus. » Telle est aussi l'opinion généralement adoptée de nos jours.

A la ligature nous sommes donc en droit de préférer toute autre opération. La compression seule, qui procure la cure radicale chez les enfants, ne saurait avoir le même succès chez l'adulte, qui peut cependant demander la guérison d'une maladie parfois accompagnée de sérieux dangers. En pareille circonstance, nous préférerions le procédé que Jameson de Baltimore assure avoir appliqué avec avantage sur une dame atteinte d'une hernie crurale. A l'exemple de ce célèbre opérateur, nous pratiquerions dans l'épaisseur de la peau environnant la cicatrice ombilicale, une double incision circonscrivant un lambeau ellipsoïde

à large base sur laquelle nous en opérerions la torsion, afin de pouvoir l'engager dans l'anneau omphalique. Une seule aiguille suffirait pour assujettir les parties en contact, ou même un simple point de suture fixerait le lambeau convenablement, jusqu'à ce qu'une vive sensation modérée en déterminât l'adhérence et l'oblitération de l'ouverture herniaire.

Nous devons ajouter maintenant quelques mots touchant les bandages, employés plutôt comme moyens palliatifs que curatifs. Platner, Richter, Scarpa, etc., ont recommandé un brayer *demi-circulaire*, composé comme le brayer ordinaire, seulement avec une courbure complètement horizontale, au lieu d'être oblique et inclinée en bas. Le bandage *circulaire* ne mérite pas une mention particulière; le brayer à deux demi-corps, de Hey, est à peu près dans le même cas; enfin, la portion qui porte sur l'anneau ombilical est en général élargie, de manière à constituer parfois une sorte de disque d'un décimètre de rayon. Le brayer doit comprendre la région ombilicale, passer entre la dernière côte et la crête iliaque, s'appuyer surtout au-dessus des vertèbres lombaires et de la cicatrice omphalique.

SCIENCES MÉDICALES.

—

Décrire la marche et les symptômes de l'érysipèle ambulant.

Nous ne voyons pas trop la différence essentielle qui peut exister entre l'érysipèle, suivant qu'il est fixé ou mobile ; car cet épiphénomène, quoique dépendant de la même affection morbide, devient tantôt ambulant et d'autres fois fixé sans qu'aucune circonstance majeure explique cette légère différence. Nous croyons donc convenable de traiter ici de l'érysipèle en général, tout en insistant en son lieu sur la circonstance que l'on nous signale dans son histoire, condition qui paraît même assez ordinairement liée à la maladie, parce qu'elle en a tiré son nom (ευρειν attirer, et πελασ proche ; parce qu'elle s'étend souvent de proche en proche).

Appelée tour à tour *fièvre érysipélateuse* (Sydenham), *feu de St-Antoine*, *feu sacré*, du temps de Mézeray (hist. France, an 1090), *mal des ardents*, en 1130, sous Louis VII, etc., l'érysipèle est caractérisé, suivant Sauvages (nosol. méth., tome III, p. 288), par une fièvre aiguë, et par une tumeur superficielle d'un rouge vif, accompagnée d'ardeur. Cette définition convient seulement à l'érysipèle bilieux ou à l'inflammation ; car celui que l'on appelle *œdémateux* n'est point rouge, mais, au contraire, donne une teinte pâle à la partie où il se manifeste, et le *phlegmoneux* ne présente pas non plus presque aucun de ces caractères ; d'ailleurs l'espèce bilieuse ou inflammatoire est la seule qui puisse offrir la circonstance indiquée par la question que le sort nous désigne. Cette espèce peut seule, en effet, se déplacer et mériter la qualification d'ambulante : c'est donc de cette dernière maladie que nous avons à nous occuper.

Une première question se présente d'abord à notre esprit : il s'agit de savoir si l'érysipèle est une maladie ou un symptôme, et si l'individu est malade à la peau seulement, ou bien s'il est atteint d'une affection morbide dont l'éruption ne serait qu'une espèce de manifestation. L'école organicienne ne fait pas difficulté d'admettre que l'érysipèle est une maladie complète par elle-même et bornée aux caractères de l'érysipèle. Broussais reconnaissait que cette maladie était souvent sous la dépendance d'une gastro-entérite, cause subtile de la pathologie entière.

Tel n'est pas l'avis de Sennert, de Sydenham, de Rivière, et de l'École de Montpellier. D'après ces autorités imposantes, l'érysipèle n'est pas plus une maladie par lui-même que le trouble du pouls, des fonctions cutanées, que les pustules varioleuses. Bien éloignés des idées des classificateurs modernes qui étudient avec une attention exclusive les diverses lésions de la peau qu'ils désignent du nom impropre de *maladies de la peau*, les partisans de l'école hippocratique attachent beaucoup moins d'importance à ces descriptions minutieuses et un peu artistiques des éruptions cutanées : ils voient dans les dartres, les teignes, les pustules, les bulles, les squammes, etc., des formes variables et peu essentielles par lesquelles les affections internes se manifestent, sans que le caractère contagieux fourni par les bulles, les vésicules, les macules, etc., etc., annoncent en rien un mode particulier de la cause prochaine ou de la véritable maladie, et encore moins du traitement indiqué. De même qu'ils repoussent les pustules varioleuses, l'éruption rubéolique, etc., comme constituant une maladie complète par elle-même; de même, ils n'adoptent pas d'autres principes touchant l'érysipèle, qu'ils considèrent comme un effet non nécessaire d'une affection interne, soit bilieuse, soit inflammatoire, soit même typhoïde : « On la définit, écrit Sauvages (nosol. méth., tom. III, p. 289), une fièvre continue occasionnée par la corruption et l'inflammation de la partie la plus ténue du sang, dont la nature se débarrasse en la poussant au dehors sous la forme d'une tumeur ou d'une tache rouge, large, qui gagne les parties les unes après les autres. » Ces principes, fondés sur l'expérience, repoussés d'abord, sont de nouveau mis en honneur par ceux même qui avait été élevés dans des doctrines opposées.

On a reconnu plusieurs espèces d'érysipèle qui peuvent affecter le caractère ambulant : l'érysipèle *rosa* (Sennert, *de febrib.*, *lib.* 2, *cap.* 15), appelé fièvre érysipélateuse par Sydenham, et qui fera l'objet de notre principale description; l'espèce *typhoïde* ou *maligne* qui accompagne les affections typhoïdes, pernicieuses, et qui forment parfois un moyen critique ; l'espèce *symptomatique* dont sont parfois accompagnés l'ascite, l'anasarque ; l'érysipèle *apyrétique*, *bilieux*, qui constitue sa forme assez ordinaire ; enfin, l'*inflammatoire*, qui a la plus grande tendance à s'étendre aux parties sous-jacentes. On le voit bien, ces diverses espèces ne sont pas distinguées par les caractères locaux de l'érysipèle lui-même, mais bien par l'état général du sujet, ou par l'affection morbide qui en est la cause prochaine, et c'est vraiment là une distinction importante, bien préférable à celle qui la fait reposer sur la présence ou l'absence de *bulles* ou de *vésicules* à la surface de la peau. Les distinctions des médecins hippocratiques ont pour fondement la nature des maladies, et pour but essentiel les indications thérapeutiques.

C'est qu'en effet l'érysipèle peut être le symptôme de plusieurs affections différentes qui sont ses causes prochaines ou déterminantes. Chez les personnes douées d'un tempérament bilieux, sous l'influence de la constitution atmosphérique de l'été ou de l'automne, à la suite d'abus de fruits non mûrs ou avariés, de boissons aqueuses abondantes, de chaleurs excessives, on voit se développer un état morbide différent de l'atonie des voies digestives qui se remarque dans certaines dyspepsies et de l'inflammation dont les caractères tranchés ne sauraient être confondus par le praticien impartial. « Cette fièvre, dit le professeur F. Bérard (mal. chron., Dumas, tom. II, pag. 548), est une fièvre essentielle associée à l'état bilieux, ou qui prend la forme particulière à cet état morbide. » Le plus souvent on observe alors un embarras gastrique, des nausées, des vomissements de matières bilieuses ; la langue est sale et jaunâtre, le goût amer, les conjonctives un peu jaunes ; la peau présente une teinte sale ; les selles sont plus ou moins fréquentes et biliformes ; le pouls est mou et fréquent.

Toutes les maladies qui surviennent pendant cette affection, la pleurésie, la dysenterie, prennent la forme propre à l'état morbide dont nous parlons.

L'érysipèle ne fait pas exception à cette règle, et c'est plutôt, ainsi que nous l'avons remarqué, d'après l'état général du malade, qu'alors l'épiphénomène est caractérisé du nom de bilieux. Nous voyons ici la base rationnelle des distinctions des espèces d'érysipèles : nous signalerons plus loin ses conséquences thérapeutiques ; occupons-nous maintenant d'un autre état morbide élémentaire.

La fièvre inflammatoire, qui forme parfois le fond ou la cause réelle de certains érysipèles, offre des symptômes d'abord généraux, et nullement liés à l'existence d'une lésion locale, soit qu'il y ait ou non des prodrômes. Il y a irritation vive de tous les organes, bien que certains d'entre eux puissent l'être plus que d'autres, sans que l'irritation de ces dernières soit la cause de celle de l'économie entière. Si toutes les parties sont surexcitées, irritées, elles n'offrent aucune trace d'inflammation réelle que l'autopsie n'a jamais démontrée en ceux même qui, durant la vie, offraient les caractères de la surexcitation la plus intense ; car toute irritation d'un viscère ne suppose pas son inflammation.

Lorsque cet état fébrile a une grande énergie, ou qu'il se présente sous la forme appelée *putride*, il y a soif vive, sécheresse de la langue, stupeur, délire, divers symptômes nerveux : les anciens avaient désigné cet état du nom de fièvre ardente, signalant le plus souvent l'intensité même de la fièvre, et non une fièvre particulière. L'irritation générale qui produit la fièvre inflammatoire agit plus fortement, tantôt sur certains organes, tantôt sur certains autres, et détermine des inflammations locales du cerveau, des méninges, et enfin de la peau, ce qui constitue l'érysipèle dont nous parlons, et qui, pour cela, a été nommé *inflammatoire*.

Bien que nous ayons indiqué plus haut l'état *putride* comme une forme de la fièvre inflammatoire et ardente, il ne faudrait pas la confondre avec l'état typhoïde dont l'érysipèle peut parfois être la conséquence. « Les *fièvres typhoïdes*, dans lesquelles se rangent le typhus proprement dit, la fièvre jaune et la peste, se distinguent, dit l'illustre Bérard (*loc. cit.*, p. 572), par des effets constants ou successifs, simples ou combinés, que peut produire sur les différents organes de l'économie le poison particulier qui constitue la cause primitive et essentielle de cet ordre de fièvres. Sous le

rapport de l'action délétère du poison, ajoute l'auteur, les fièvres typhoïdes appartiennent presque toujours à la famille des fièvres malignes.»

L'influence des miasmes n'est mise en doute par personne, soit que l'on adopte l'opinion de la contagion ou de l'infection. L'action de ces substances miasmatiques est souvent très-rapide, puisqu'elle peut amener la mort en un temps fort court dans les grandes épidémies de peste, de fièvre jaune. Ces exemples montrent que l'effet du miasme n'est pas local et inflammatoire, mais général et primitif sur l'activité vitale, à la manière des substances vénéneuses les plus énergiques.

Lorsque les fièvres typhoïdes sont légères, surtout au début et à la fin des épidémies, les sujets éprouvent seulement des vertiges, une sorte d'ivresse, un embarras dans les idées. La stupeur à laquelle le malade est en proie dès le commencement, constitue le symptôme caractéristique; la fièvre jaune se distingue par des vomissements opiniâtres, des hémorrhagies fréquentes par toutes les voies, la jaunisse, et par des rémissions trompeuses : les bubons, les anthrax, caractérisent aussi la peste. Quand le mal dure depuis long-temps, le miasme détermine le plus souvent des inflammations locales. Certaines circonstances amènent ces altérations matérielles sur tel organe de préférence à tel autre : ainsi le froid porte l'influence du typhus sur la muqueuse pulmonaire, et, par suite, sur les méninges et sur le tube digestif; celui-ci, au contraire, est particulièrement affecté durant les chaleurs de l'été qui produisent fréquemment des érysipèles dont le caractère principal se tire de l'affection interne. C'est alors aussi, et pendant les variations brusques de l'air, que l'érysipèle, comme toutes les lésions locales, ont une grande tendance vers la gangrène, ainsi que Barthez l'a fait remarquer depuis long-temps. « Plusieurs alternatives soudaines qui se succèdent dans la température de l'air, dit-il (const. épid. de Coutances, p. 91), donnent aux parties qu'elles affectent une disposition inflammatoire et gangréneuse qui s'étend à mesure que les alternatives en sont plus répétées. »

Telle est la veritable étiologie de l'*érysipèle vrai*. Pourquoi nous arrêterions nous, en effet, complaisamment sur cette infinité de conditions fortuites que les livres sans philosophie nous donnent comme causes de presque toutes les maladies? Dirons-nous sérieusement que les varia-

tions de température, que les irritations cutanées, l'insolation, les boissons alcooliques, etc., sont les causes réelles ou déterminantes de l'érysipèle? Combien de personnes se soumettent aux mêmes circonstances et n'éprouvent pas d'atteinte d'érysipèle! D'ailleurs, on voit survenir presque toutes les maladies à la suite de ces mêmes conditions, et alors on ne peut les regarder comme ayant une puissance directe sur la production de l'éruption cutanée : elles agissent donc comme de pures occasions, et méritent le nom de causes occasionnelles ou de provocatrices.

Si nous avons tant insisté sur les causes et la nature de la maladie dont nous traitons, c'est que considérant l'érysipèle vrai comme un symptôme ou un épiphénomène de plusieurs affections différentes, nous étions en droit de ne pas lui accorder une aussi grande importance qu'à celle-ci, en qui réside d'ailleurs la principale indication thérapeutique. Toutefois, nous devons maintenant exposer les caractères locaux de l'éruption de la peau. Après un ou plusieurs jours de durée de l'affection interne, il se manifeste une rougeur et une douleur violente sur une région du corps qui semble différente, suivant les peuples, les époques et les individus : ainsi, d'après Celse, l'érysipèle se montrait communément aux jambes chez les Romains, et ce serait encore son lieu de prédilection chez les personnes faibles ou avancées en âge, selon J. Franck. En Allemagne, suivant Sauvages, il se montre dans les aines, aux aisselles, aux cuisses, où il est précédé d'une douleur dans les ganglions voisins, de manière à faire craindre l'apparition de la peste; enfin, l'on sait combien il est fréquent de l'observer à la face parmi les habitants de la France et de l'Angleterre.

A la première douleur, qui peut prendre des caractères fort divers, se joint une rougeur de plus en plus vive et qui peut égaler l'intensité de l'écarlate; cette teinte se montre d'abord sous la forme d'une plaque peu étendue mais qui devient le centre d'où elle s'irradie bientôt dans les environs. En même temps, la peau prend une tuméfaction plutôt sensible au toucher qu'à la vue; en pressant, le doigt fait facilement disparaître la rougeur qui apparaît bientôt après. Cette teinte s'accroît pendant les trois premiers jours de l'éruption, devient jaunâtre les deux jours suivants, et enfin pâlit pendant les deux jours ensuite. Quand

l'exanthème est intense, l'épiderme se trouve soulevé par une sécrétion morbide, et forme des phlyctènes plus ou moins nombreuses. Aux deux derniers jours, la peau se ride, l'épiderme se détache, et la desquammation annonce la terminaison de l'éruption qui a lieu vers la fin du premier septénaire.

Telle est, en effet, la marche ordinaire de l'érysipèle qui se borne à la première région qu'il a d'abord affectée : à ces symptômes se joignent quelques phénomènes morbides, dépendant du lieu occupé par l'exanthème. Occupe-t-il le cuir chevelu ? il n'est pas rare d'observer du trouble dans les idées, du délire plus ou moins violent : paraît-il à la face ? la vue est empêchée par le gonflement des paupières, la parole et la fonction des lèvres par leur tuméfaction ; l'ouïe est troublée par l'engorgement du pavillon et de la muqueuse du conduit auditif ; enfin, la tuméfaction est parfois énorme, surtout à la face, aux parties génitales, et dans tous les points pourvus d'un tissu cellulaire fort lâche.

Mais l'érysipèle ne se termine point durant l'espace d'une semaine, quand il change de place et parcourt plusieurs parties de la surface cutanée : après avoir suffisamment passé par ses diverses phases dans un point de la peau, il s'étend aux points voisins, et successivement, de proche en proche, il parcourt son existence *ambulante*. D'autres fois il attaque une région fort éloignée de l'économie, saute en deux parties diamétralement opposées : alors encore il est loin de terminer son action dans l'espace d'un septénaire, et il n'est pas rare de le voir persister pendant des mois entiers. En général, quand l'érysipèle prend la forme *ambulante*, on peut avancer que l'affection morbide qui constitue sa cause prochaine n'est pas encore terminée, et qu'elle conserve une intensité sensible.

De même que la maladie dont nous parlons peut se prolonger plus long-temps qu'à l'ordinaire, de même elle disparaît parfois bien avant, au second ou au troisième jour, par exemple. En général, il faut mal augurer d'un changement que l'on peut regarder comme contraire aux lois de la nature vivante : rarement, en effet, cette délitescence est-elle sans danger ; trop souvent elle annonce une aggravation de l'affection interne, et quelque complication dans le tube intestinal. Nous

n'ignorons pas, certes, la liaison étroite qui existe entre la muqueuse et la peau, tant sous le rapport de la structure que sous celui des fonctions; mais une semblable liaison physiologique ne saurait rendre raison de cette anomalie dans la marche de l'éruption cutanée : elle peut tout au plus expliquer pourquoi la lésion prédominante se forme sur la muqueuse de préférence à tout autre organe, mais nullement pourquoi cet état fâcheux survient, et la gravité de l'affection morbide en qui réside la véritable cause de tous les accidents dont cette rétrocession est ordinairement suivie.

En voyant disparaître si promptement l'érysipèle, peut-on dire que c'est une inflammation de la peau, une *cutite* ? La rougeur, la douleur, la tumeur et la chaleur, ne forment que les caractères apparents de la phlogose, caractères qui lui sont communs avec la fluxion. Ce qui distingue l'inflammation de celle-ci, c'est l'altération des tissus affectés de ramollissement, ou d'abcès, ou de productions plastiques, ou d'ulcération, enfin d'une lésion matérielle que l'on ne peut supposer avec un exanthème si mobile, si facile à affecter des régions différentes. Nous n'ignorons pas cependant qu'en Angleterre, le docteur Copland a soutenu que, dans tout érysipèle vrai, les veines se trouvaient enflammées (*case of erysipelas; D. med. chir. trans.*; *Lond.*, 1828. *T. XIV, p.* 213); mais nous savons aussi que des recherches non moins estimables de plusieurs auteurs français ont démontré qu'il n'en était pas ainsi, au moins dans la majorité des cas. (Rayer, malad. de la peau, t. I, p. 156.)

On a encore soutenu que l'érysipèle était constitué par la phlogose des lymphatiques de la peau, et c'est, sans doute, d'après ces idées erronées que l'on a voulu prédire l'apparition prochaine de la maladie par la douleur et l'engorgement déjà existants dans les ganglions absorbants voisins. Cependant J. P. Franck a avancé une pareille proposition, ce qui nous donne à penser qu'il pourrait bien y avoir quelque chose d'exact dans ce pronostic. D'après les observations de ce dernier praticien, l'érysipèle, dont les suites sont ordinairement si bénignes, pourrait encore servir de crise à la plupart des affections morbides dont il dépend. (*Praxeos med., t. II, p.* 462.) On l'a vu, en effet, déterminer la fin heureuse de plusieurs maladies chroniques, comme le professeur Dumas nous l'apprend : des dartres, des ulcères rebelles, ont trouvé leur cure rapide.

Nous venons de le dire, l'érysipèle se termine, dans la majorité des cas, par les seuls efforts de l'organisme, au bout du premier ou du second septénaire, sans que le malade coure de bien grands dangers; aussi la plupart des praticiens se contentent-ils de le livrer à son cours ordinaire, et emploient seulement des moyens hygiéniques. Cependant certains auteurs ont voulu en obtenir la disparition rapide, et avant que l'éruption eût parcouru ses phases accoutumées; rien n'a été oublié pour parvenir à ce résultat : piqûres de lancette, application de sangsues, vésicatoires, nitrate d'argent, onctions mercurielles, saignées générales, tout a été mis en action pour parvenir à ce résultat.

Cette conduite a toujours paru dangereuse et irrationnelle aux plus grands praticiens; il est si déplacé de tenter d'arrêter l'éruption de l'érysipèle, que celle de la variole, de la vaccine ou de toute autre affection exanthématique : c'est exposer le malade aux plus graves dangers que l'on observe malheureusement quand il y a répercussion spontanée. Nous reconnaissons, avec Rodamel (essais pratiques sur l'emploi des vésicatoires dans l'érysipèle; thèses de Montpellier, 1797), qu'il est avantageux, en certains cas, d'arrêter la marche prolongée de l'érysipèle d'un lieu dans un autre entouré d'organes essentiels à la vie, et où il pourrait amener des désordres mortels; mais c'est dans ce but seul, et non dans celui de le faire disparaître complètement, et sans qu'il ait achevé son développement normal. Ainsi nous avons vu le professeur de clinique de cette École appliquer des vésicatoires sur un érysipèle qui, après avoir parcouru les membres supérieurs, menaçait d'envahir la tête; car l'on sait qu'en cette région, il peut occasionner de graves accidents cérébraux.

D'ailleurs, les divers moyens proposés pour arrêter la marche de l'érysipèle sont loin de réussir constamment; et d'après quelques essais dont nous avons été témoin, il nous semble permis d'avancer que les succès prônés à cet égard dépendaient de ce que l'affection interne était fortement amendée, et que l'érysipèle lui-même se trouvait déjà à sa période de décroissement. En certain cas de fièvre ardente, d'affection ataxique et adynamique, l'érysipèle prend un caractère inflammatoire décidé; la peau est détruite en partie par l'ulcération et la suppuration; la gan-

grène peut même s'y montrer : en ces circonstances, l'on doit traiter l'état inflammatoire local avec énergie; de même que, pour l'état général, il faut avoir recours aux contro-stimulants, ou aux toniques et anti-putrides, tels que les bols camphrés et nitrés, auxquels on peut encore associer l'opium avec avantage.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

—

Quel est le mode de connexion du placenta avec l'utérus? Des sinus utérins.

Cette question a été de tout temps l'objet de nombreuses contestations : les uns, avec Dugès, ont voulu que le placenta fût uni à la matrice par une véritable circulation directe; tandis que d'autres, comme les professeurs Delmas, Lallemand et Bouisson, rejetant les vaisseaux utéro-placentaires, admettent une simple adhérence cellulaire entre la matrice et le gâteau vasculaire qui reçoit du sang par une sorte d'imbibition. Il est impossible, en effet, d'admettre, dans l'espèce humaine, une circulation directe de l'utérus au placenta; et si les injections faites par Dugès et d'autres habiles accoucheurs ont pénétré jusqu'aux annexes du fœtus, on ne peut en conclure à l'existence de véritables vaisseaux; car c'est d'après cette même méthode que l'on était porté à reconnaître, dans les nerfs, des conduits pour le fluide nerveux.

Les sinus utérins ne sont pas des objets plus démontrés que la circulation directe de la mère au fœtus; les anciens croyaient à une sorte d'inosculation des grosses veines de la matrice avec les vaisseaux du placenta. Mais Hunter et Haller ont suffisamment prouvé que les veines se renflaient seulement en certains points, sans former des cavités ouvertes au sang, ce que le professeur Astruc avait déjà avancé. Les sinus utérins sont simplement des dilatations des veines, de véritables varices provoquées par le développement exagéré que prend la circulation utérine pendant tout le temps de la gestation.

SCIENCES ACCESSOIRES.

—

Donner les lois du mouvement uniforme et du mouvement uniformément accéléré, en prenant pour exemple la chute des corps.

En tombant librement, les corps sont soumis à un mouvement accéléré d'une manière uniforme, comme le démontrent les expériences rapportées par M. Beudant : en faisant tomber un corps lourd d'une hauteur considérable, on reconnaît que, pendant la première seconde, il parcourt un espace de 4 mètres et 9 ; que, pendant la seconde suivante, il franchit trois fois plus d'étendue ou 14 mètres et 7 ; pendant la troisième seconde, il parcourt un intervalle cinq fois plus grand ou 20 mètres et 9 ; et ainsi de suite, d'après une progression analogue : de sorte que les espaces parcourus durant des instants égaux sont comme les nombres 1, 3, 5, 7, 9 ; c'est-à-dire que ces espaces croissent comme le carré du temps employé à les parcourir.

Cependant, quand on fait ces expériences à l'air libre, on n'obtient pas des résultats parfaitement exacts, car l'atmosphère oppose une certaine résistance au corps grave dont la chute est ainsi légèrement retardée. Mais au moyen d'expériences faites à la faveur de poids compensateurs, on reconnaît que la loi dont nous parlons a presque la rigueur mathématique. Le mouvement est dit *uniforme* lorsque la vitesse du corps reste la même pendant toute sa durée : alors l'espace parcouru est proportionnel au temps mis à le franchir ; c'est-à-dire que, dans un temps double, le corps parcourt deux fois plus de chemin : de sorte que, pour avoir la vitesse qui est le chemin parcouru en une seconde, il faudra diviser le chemin par le nombre de secondes employées à le parcourir ; et, en d'autres termes, le chemin égalera le produit de la vitesse par le temps.

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES ✻, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET ✻ ✠.	*Clinique médicale.*
LORDAT ✻.	*Physiologie.*
DELILE ✻, Présid.	*Botanique.*
LALLEMAND ✻.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL ✻.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL O. ✻.	*Anatomie.*
DELMAS ✻.	*Accouchements.*
GOLFIN, Exam.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH ✻.	*Pathologie médicale.*
SERRE ✻.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD ✻.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR ✠.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
BOUISSON.	*Pathologie externe.*

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
BERTIN.
BATIGNE.
BERTRAND.
DELMAS Fils.
VAILHÉ.
BROUSSONNET Fils.
TOUCHY.

MM. JAUMES.
POUJOL.
TRINQUIER.
LESCELLIÈRE-LAFOSSE, Ex.
FRANC.
JALAGUIER, Exam.
BORIES.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.